



Nouvelle approche pour la prise en charge de l'hypertension nouvellement diagnostiquée

Philippe Yale, M. D.
Néphrologue
Le 17 novembre 2016

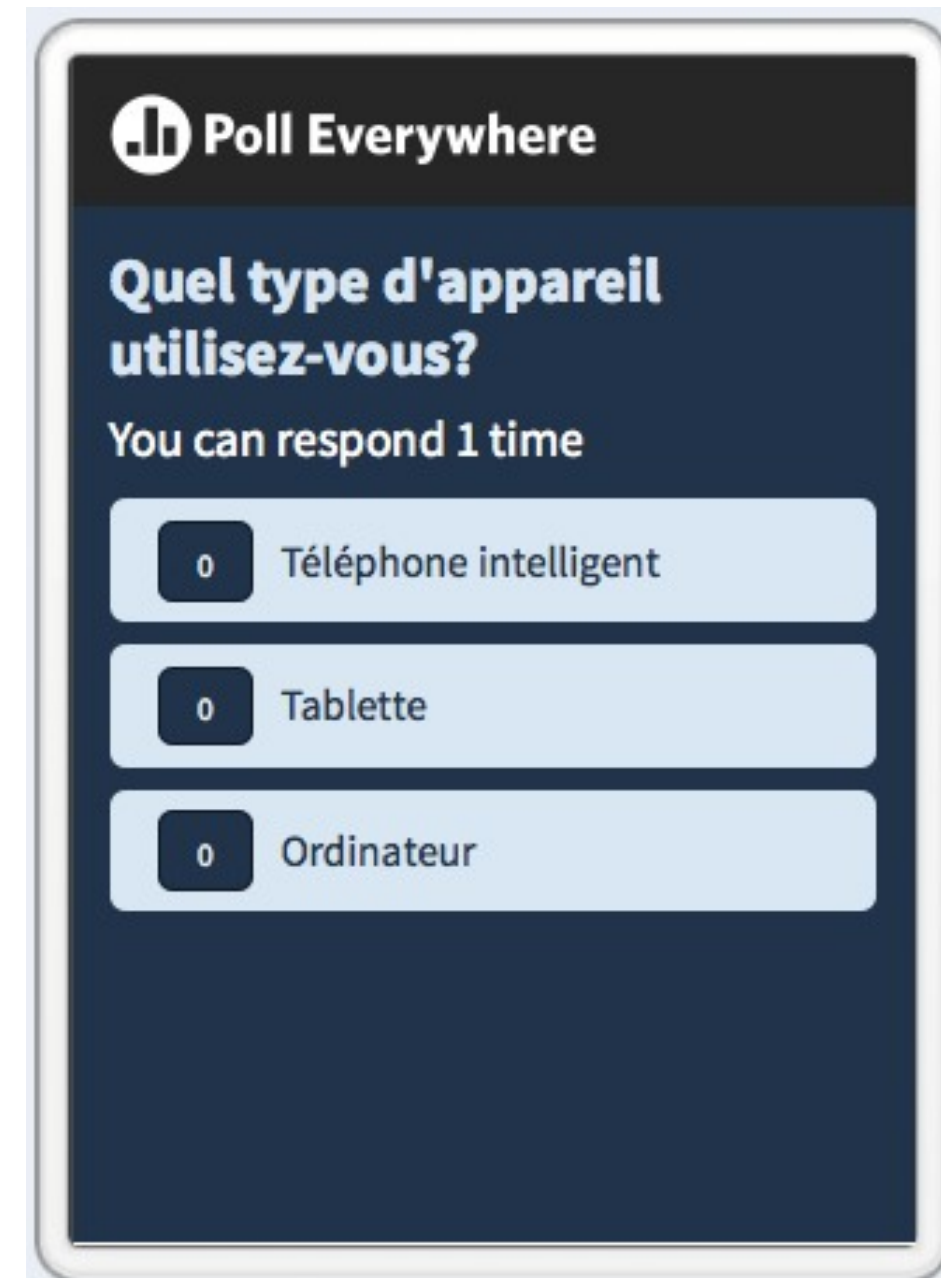
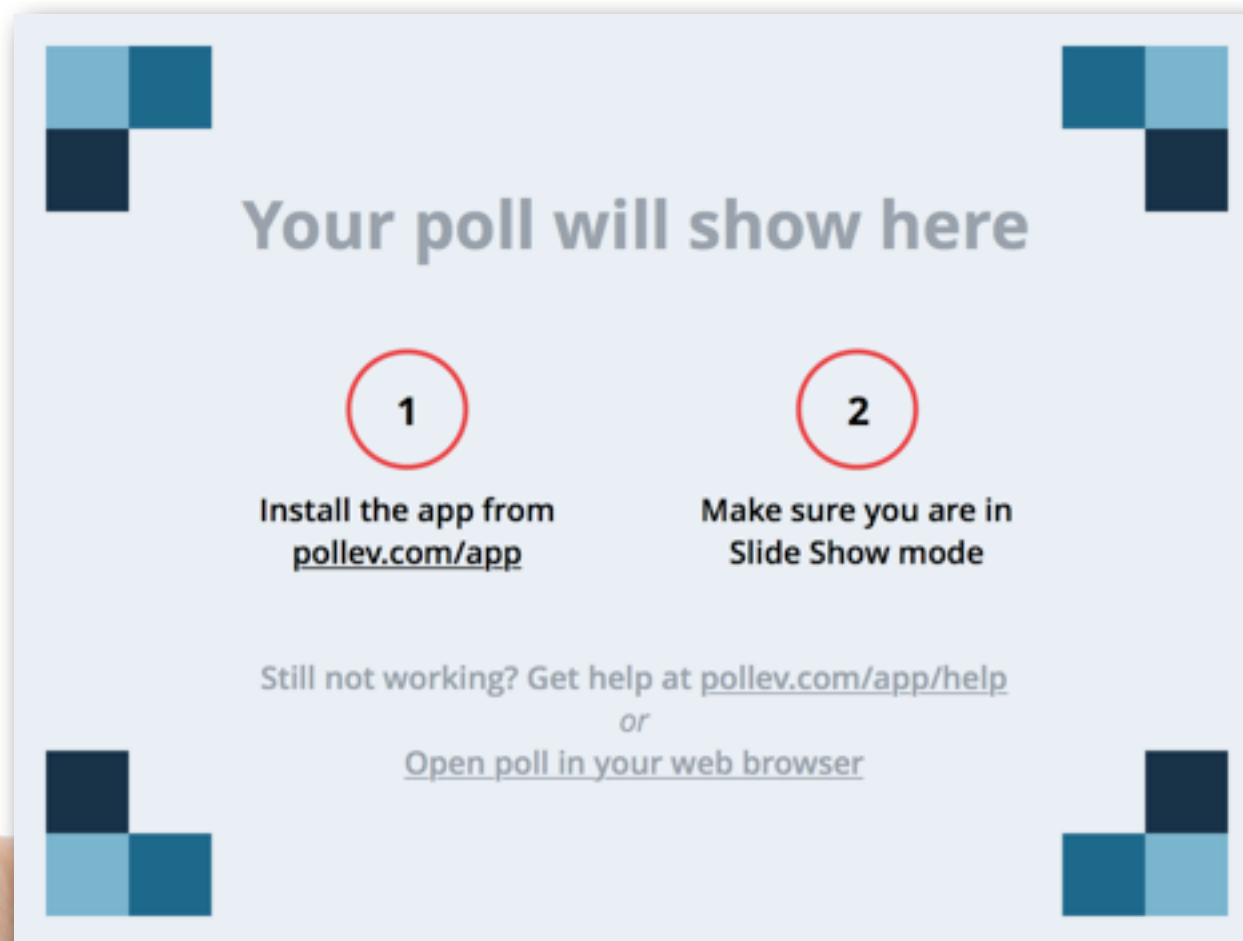




Questions







- pollev.com/dryale
- Répondez aux questions qui s'affichent





Conflits d'intérêt



	<p><u>Perindopril</u></p> <p>Coversyl +</p> <p><u>Viacoram</u></p>	<p>Coversyl Coversyl Plus Coversyl Plus HD Viacoram</p>
	-	-
	Losartan	Cozaar Hyzaar
	-	-





Objectifs

- Comprendre les répercussions cliniques de la prise en charge sous-optimale de l'HTA
- Intégrer l'emploi de 2 agents, à raison de doses sous-thérapeutiques, pour la prise en charge initiale de l'HTA.
- Interpréter les données probantes concernant l'emploi de 2 agents concomitants, à raison de doses sous-thérapeutiques, dans la prise en charge initiale de l'HTA
- Mettre en oeuvre l'algorithme STITCH (intervention thérapeutique simplifiée pour maîtriser l'HTA) pour prendre en charge l'HTA





Plan



- L'hypertension artérielle
- La maîtrise tardive
- Le traitement d'association
- Résumé





Hypertension artérielle



- 20% de la population
- Cause #1 mortalité
- Relation linéaire entre TA et morbidité

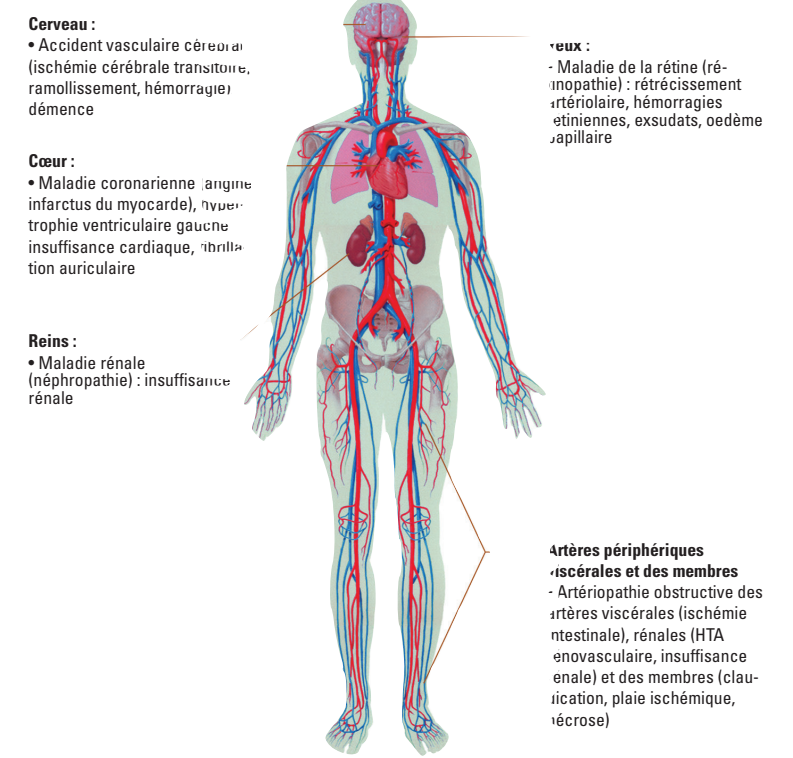
TA_s ≥ 115

TA_d ≥ 75

α
X 2 pour ↑ 20/10

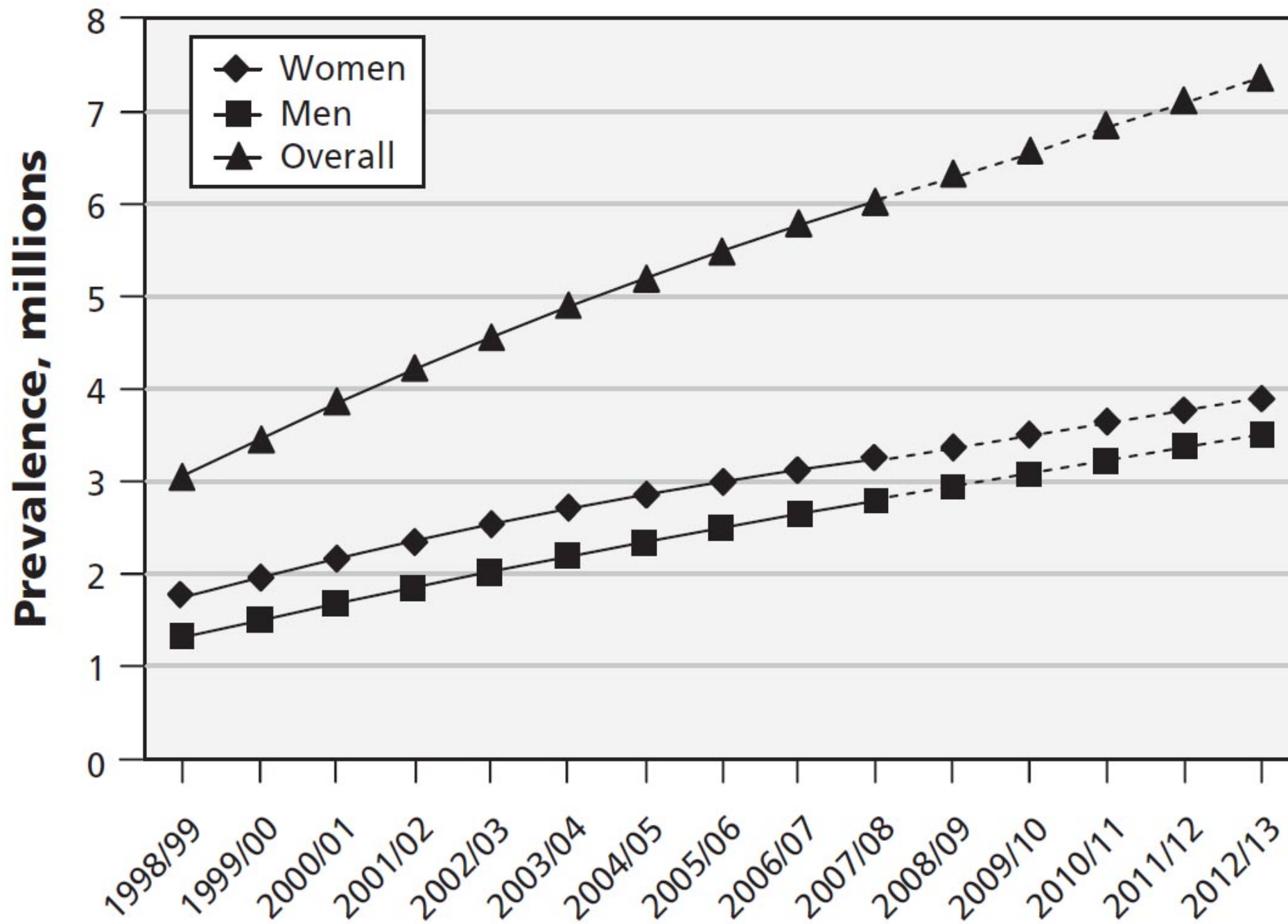
MCAS

AVC



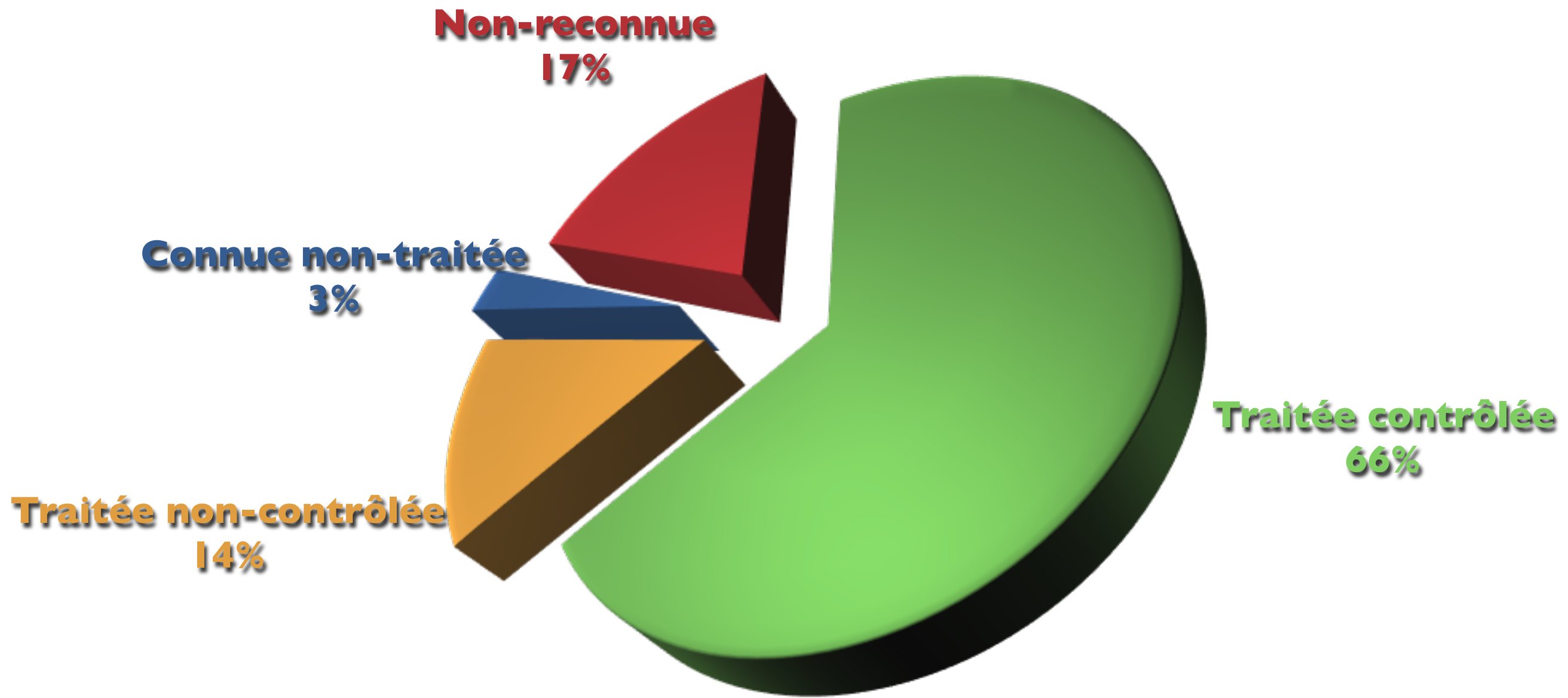


Hypertension artérielle





Hypertension artérielle

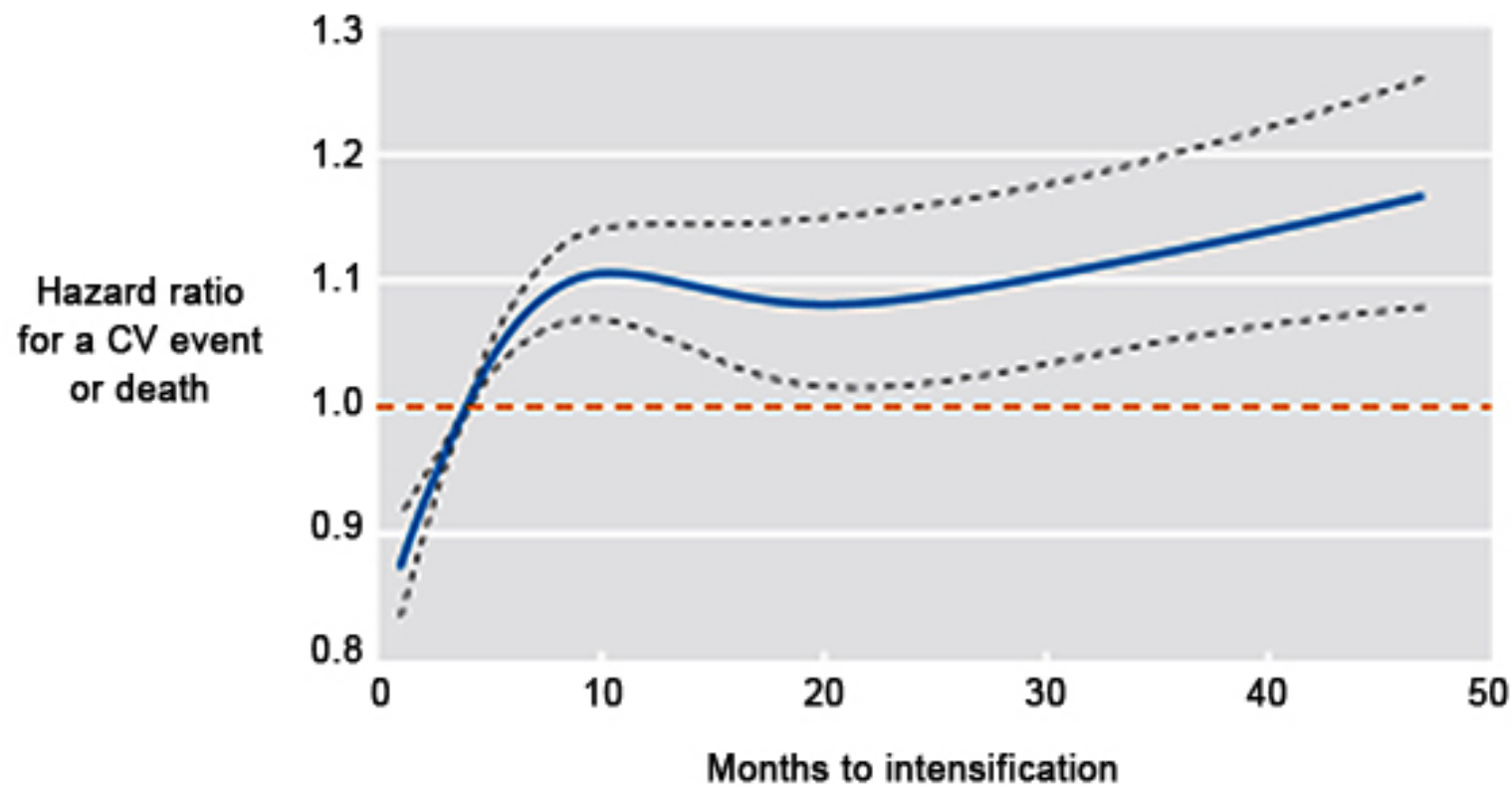




Hypertension artérielle

- La maîtrise tardive de l'HTA ↑ le risque CV

88 756 hypertensive patients followed for more than 10 years
in UK primary care between 1986-2010



- Delays of greater than 6 weeks, after SBP elevation, before initiating or treatment titration significantly increase the risk of a CV event or death



Hypertension artérielle

Traitement non-pharmacologique



Cessation
tabagique

↓ Na⁺
diététique



Activité
physique
régulière

Diète santé
Fruits/légumes, fibres,
protéines végétales



Poids santé

Alcool
modérée



Tour de taille
< 102 / 88 cm

rtension artérielle

Traitement pharmacologique

Thiazidiques

Hydrochlorothiazide
Chlorthalidone
Metolazone
Indapamide

IECA

Captopril
Enalapril
Ramipril
Quinapril
Perindopril
Lisinopril
Benazepril
Imidapril
Trandolapril
Cilazapril
Fosinopril

ARA

Losartan
Candesartan
Valsartan
Irbesartan
Telmisartan
Olmesartan
Azilsartan

Bloqueurs minéralocorticoïdes

Spiro lactone
Eplerenone
Amiloride

Vasodilatateurs directs

Hydralazine
Minoxidil

BCC DH

Amlodipine
Felodipine
Nicardipine
Nifedipine

β -bloqueurs

Labetalol
Carvedilol
Atenolol
Metoprolol
Bisoprolol

α -bloqueurs

Doxazosin
Terazosin

Sympatholytiques centraux

Clonidine
Méthyldopa
Moxonidine

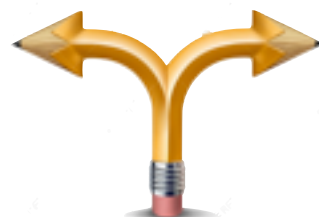


Hypertension artérielle

Traitement pharmacologique

- Optimiser le régime anti-hypertenseur de base

- Choix de classe



- Choix de combinaison

- Dose optimale



- Choix d'un médicament parmi la classe

- Chronothérapie



- Combinaisons à dose fixe



- Favoriser la compliance

- 4^e ligne et plus



Maîtrise tardive

Inertie clinique



Inobservance





Maîtrise tardive

Inertie clinique

- Dose infra-thérapeutique
- Choix d'anti-hypertenseur inadéquat
- Interaction

Inobservance

- Non-compréhension
- Effets secondaires
- Coût



Maîtrise tardive

Inobservance

- À 12 mois
 - 50% des patients ont cessé l'anti-HTA
 - 10% omission quotidienne



Maîtrise tardive

Inobservance

- Étiologies
 - Schéma thérapeutique complexe
 - Croyances / attitudes du patient
 - Effets indésirables



Maîtrise tardive



Inobservance

- Adapter la prise de comprimés aux habitudes quotidiennes du patient;
- Prise uniquotidienne;
- Éviter les effets secondaires;
- Associations de plusieurs comprimés;
- Piluliers;
- Approche en équipes pluridisciplinaires;
- Informer les patients et favoriser l'autonomie;
- Contacts hors-cabinet (surtout 3 premiers mois);
- Coordination avec les pharmaciens / professionnels sur le lieu de travail;
- Outils électroniques.



Maîtrise tardive

Inertie clinique

- 2/3 des visites cliniques liées à l'HTA
- Non-majoration du traitement malgré une TA > cible



Maîtrise tardive

Inertie clinique

- Étiologie
 - Sarrau blanc présumé
 - Report de la majoration du traitement
 - Recours excessif aux approches non-pharmacologiques
 - Réticence à ajouter de la médication
 - Manque d'information
 - Inobservance des lignes directrices



Maîtrise tardive

Inertie clinique

- Lignes directrices
- Désaccord avec les lignes directrices
- Plusieurs classes de multiples médicaments, donc plusieurs associations possibles
- Algorithme complexe → non-observance



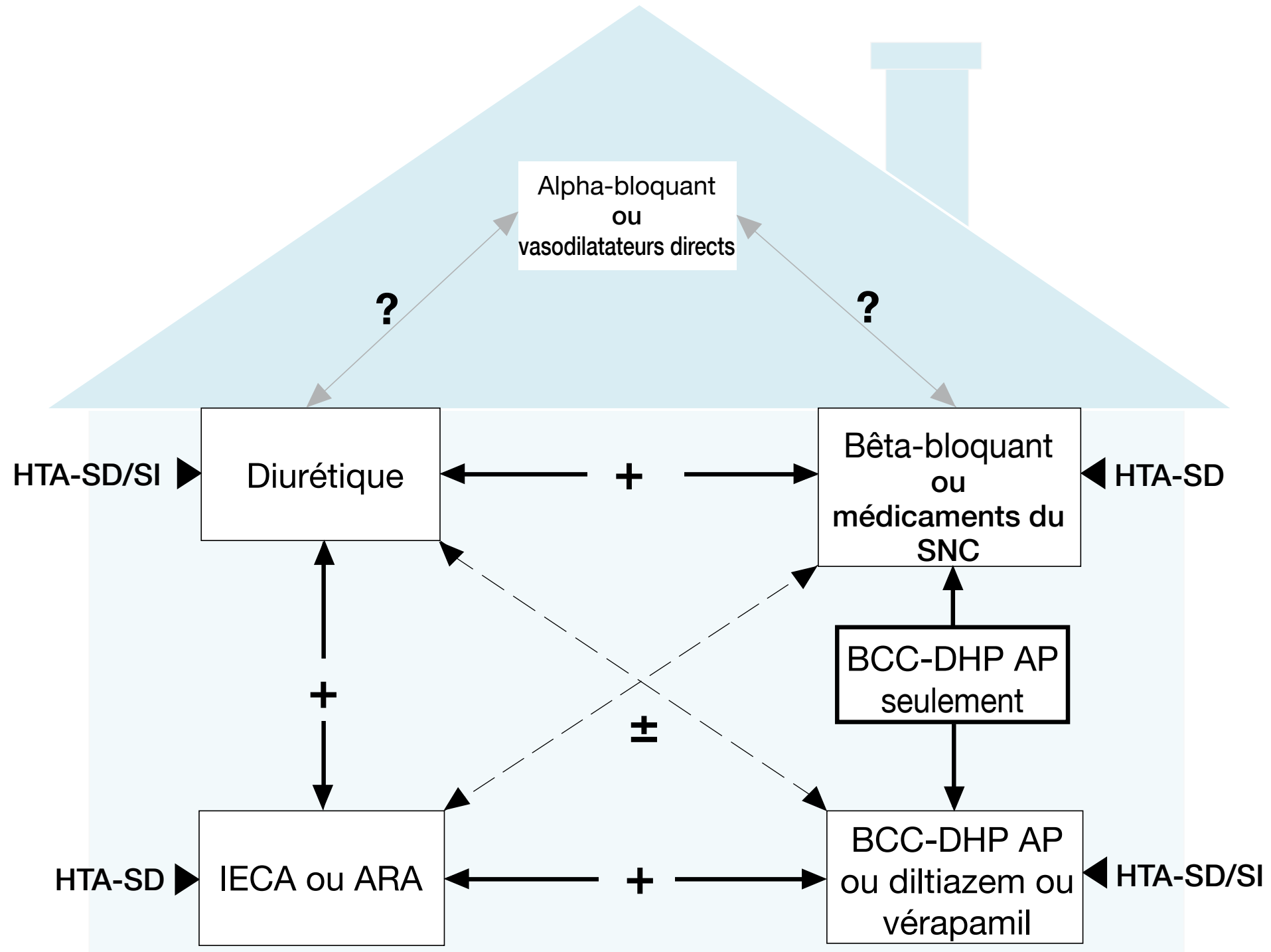
Maîtrise tardive

Inertie clinique

- Lignes directrices
 - Monothérapie initiale, association au besoin
 - Si $TA_s \geq 20$ ou $TA_d \geq 10$ au-dessus cible, envisager combinaison d'emblée



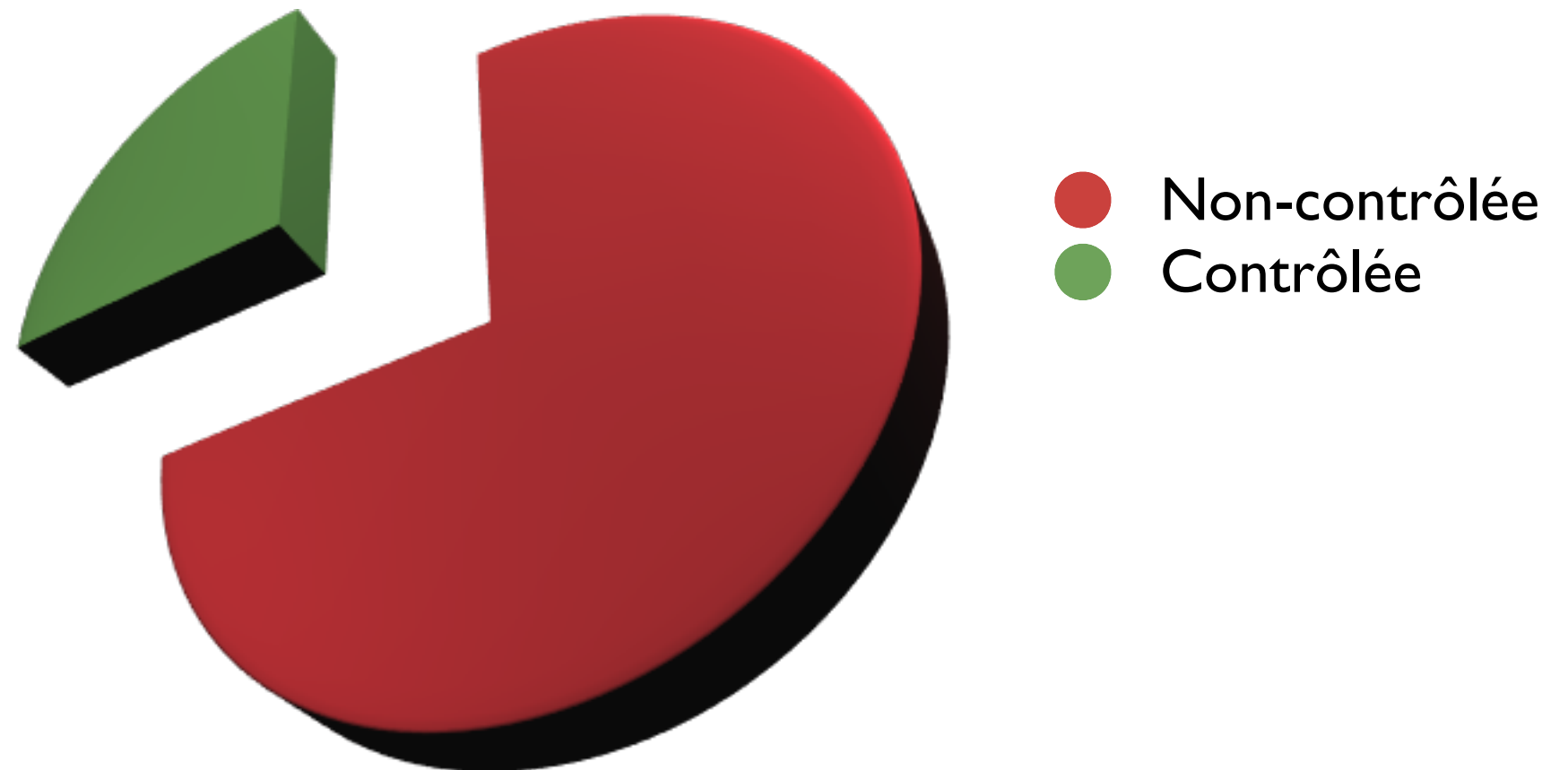
Traitement d'association





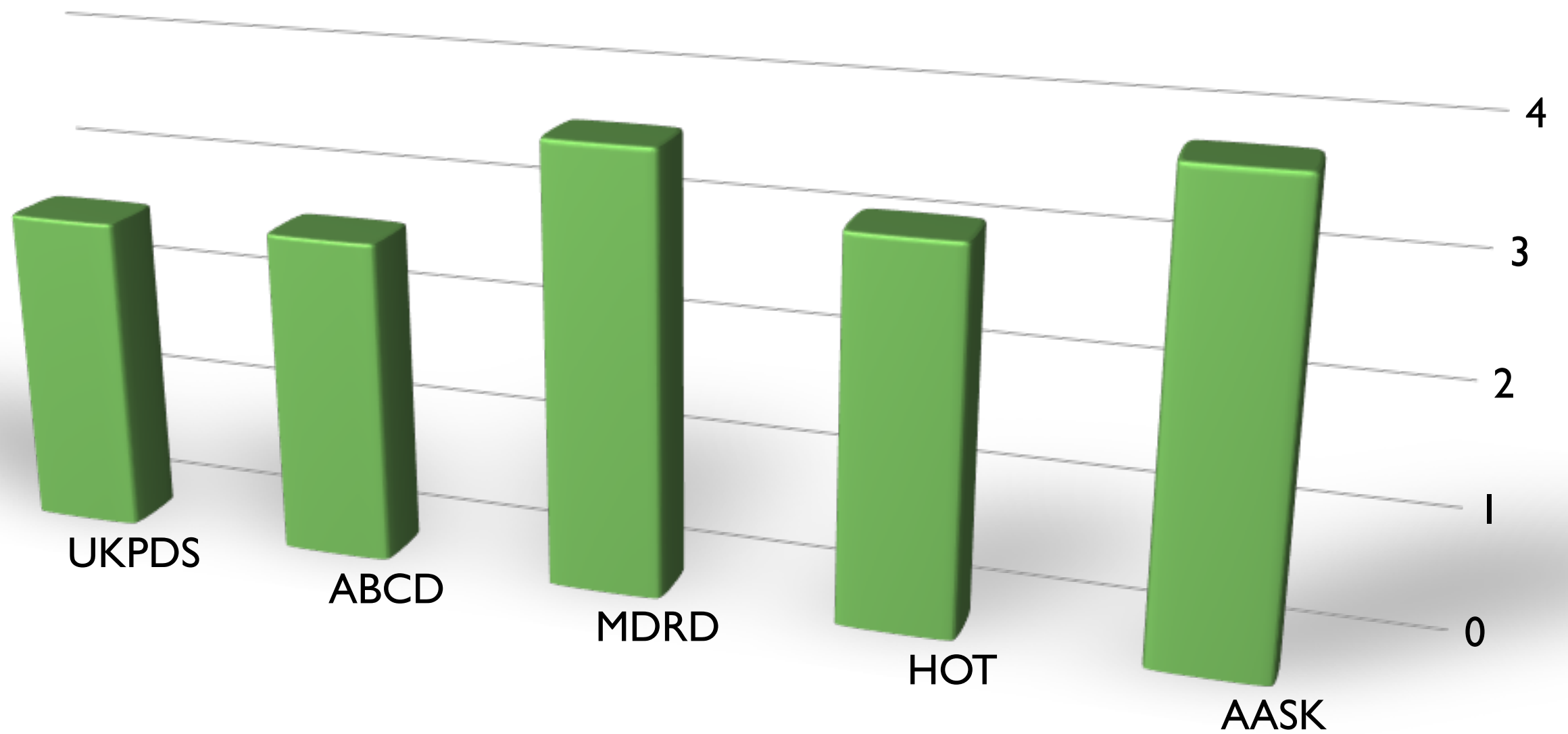
Traitement d'association

- **Maîtrise en monothérapie: ALLHAT**
 - Maîtrise à 5 ans en monothérapie





Traitement d'association





Traitement d'association

- **Association initiale**
 - ↑ efficacité du traitement¹⁻³
 - ↓ délai à la maîtrise de l'HTA¹⁻³
 - ↓ effets indésirables⁴
 - ↑ observance^{5,6}
 - Efficacité panethnique⁶
 - Cible plusieurs mécanismes

¹Bakris et al. J Clin Hypertens. 2003.

²Brown et al. Lancet. 2011.

³Mancia et al. J Hypertens. 2015.

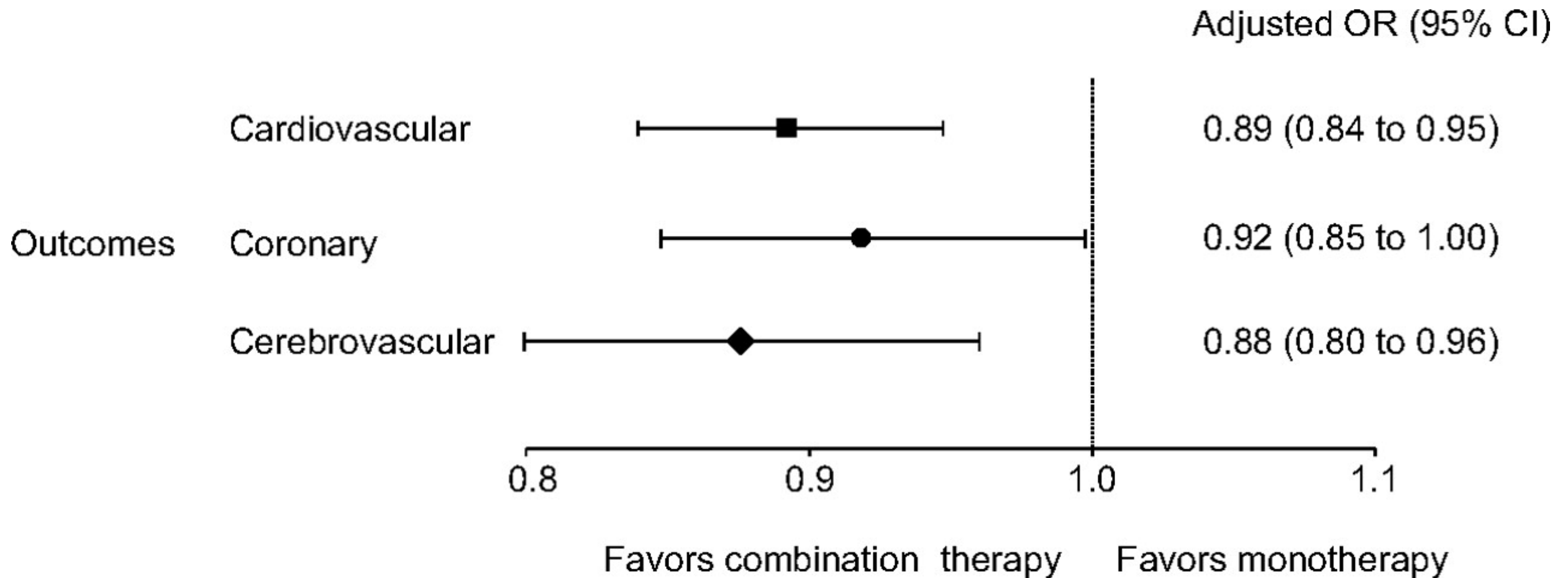
⁴Weber et al. Lancet. 2004.

⁵Bangalore et al. Am J Med. 2007.

⁶Gradman et al. J Am Soc Hypertens. 2010.

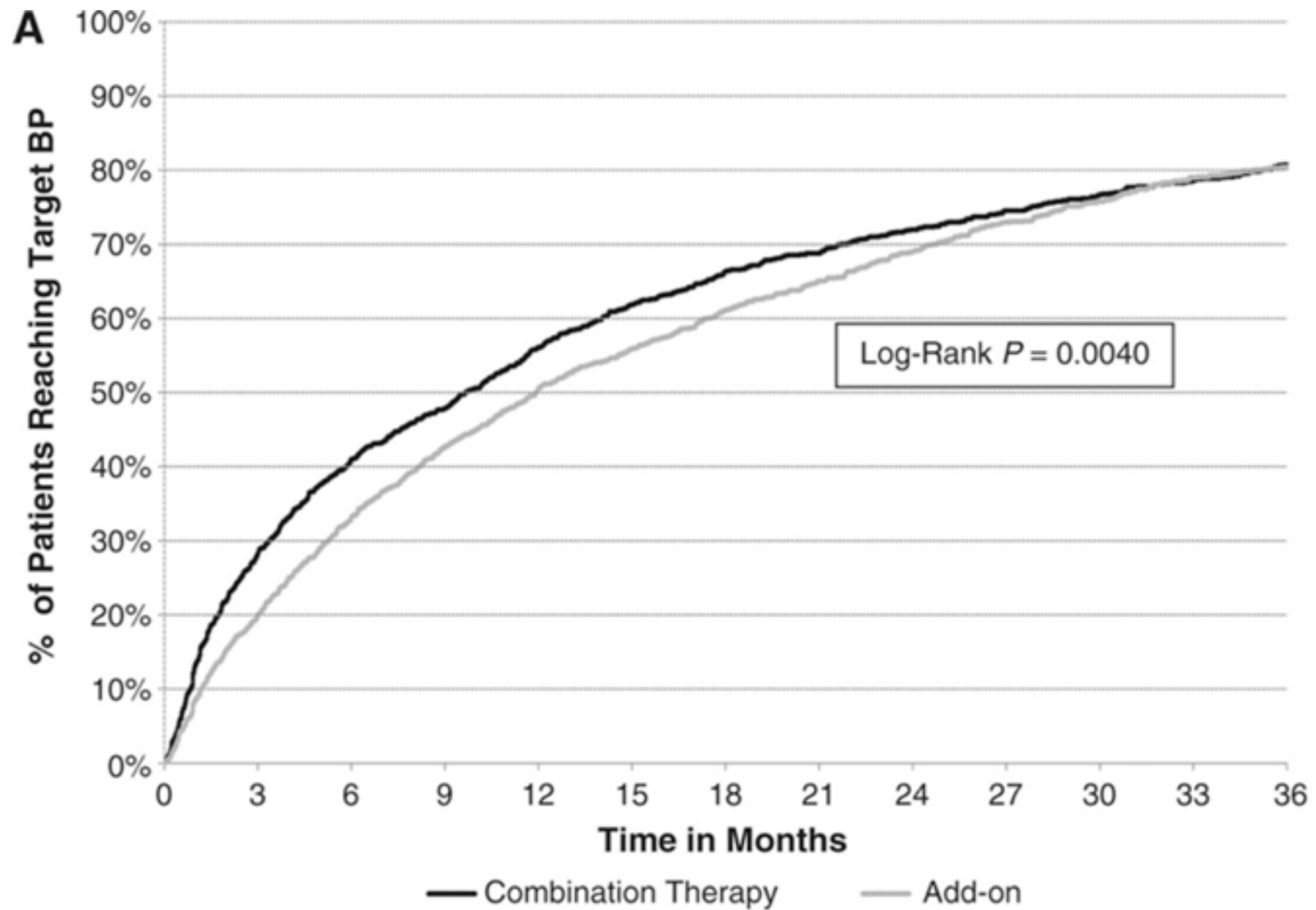


Traitement d'association



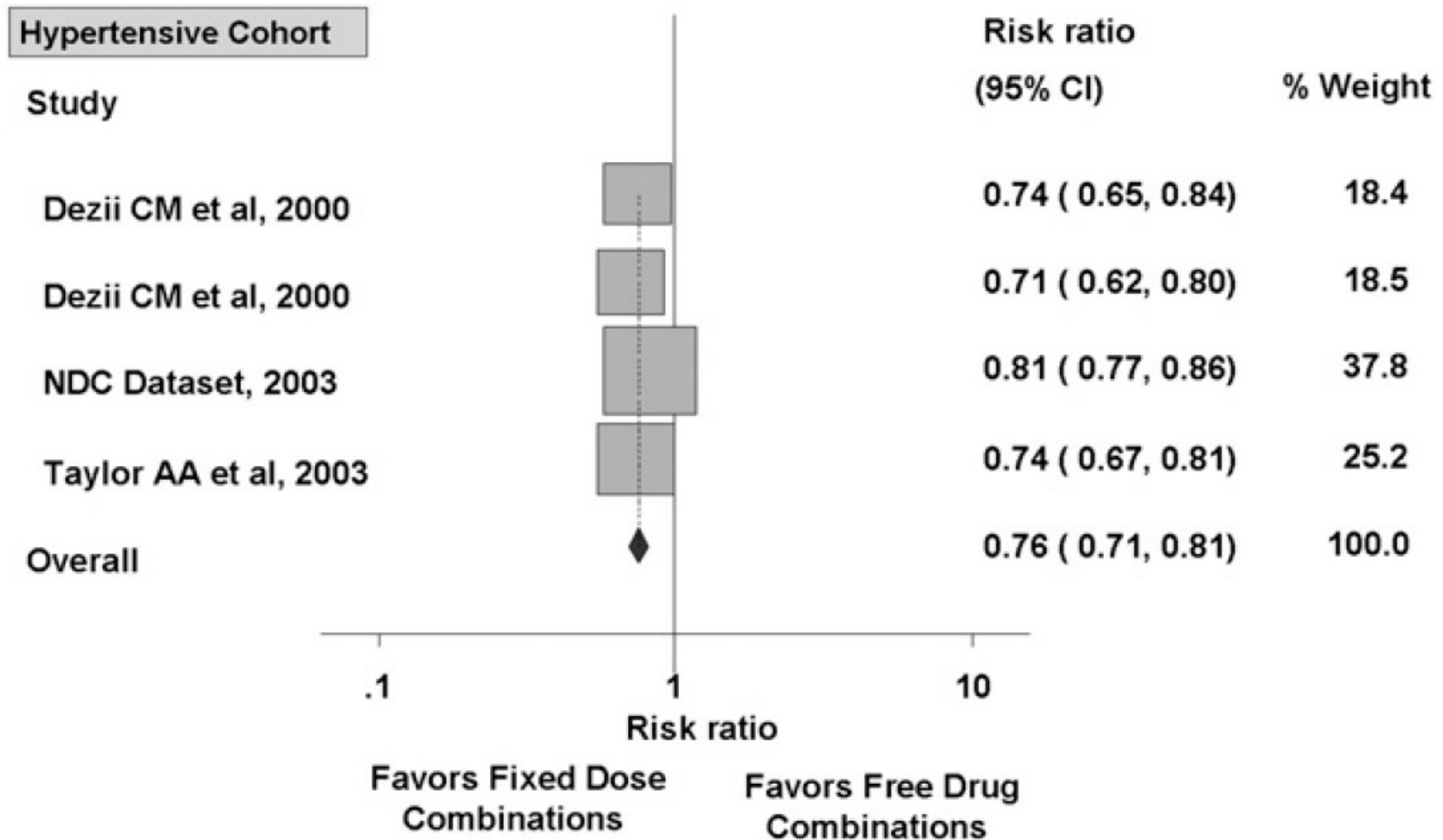


Traitement d'association





Traitement d'association





Cible thérapeutique



PECH

Base	140/90
Domicile	135/85
DM2	130/80
> 80 ans	150/>70

JNC 8

< 60 ans	140/90
> 60 ans	150/90
HTA/DM2	140/90





Cible thérapeutique

A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control

The SPRINT Research Group*



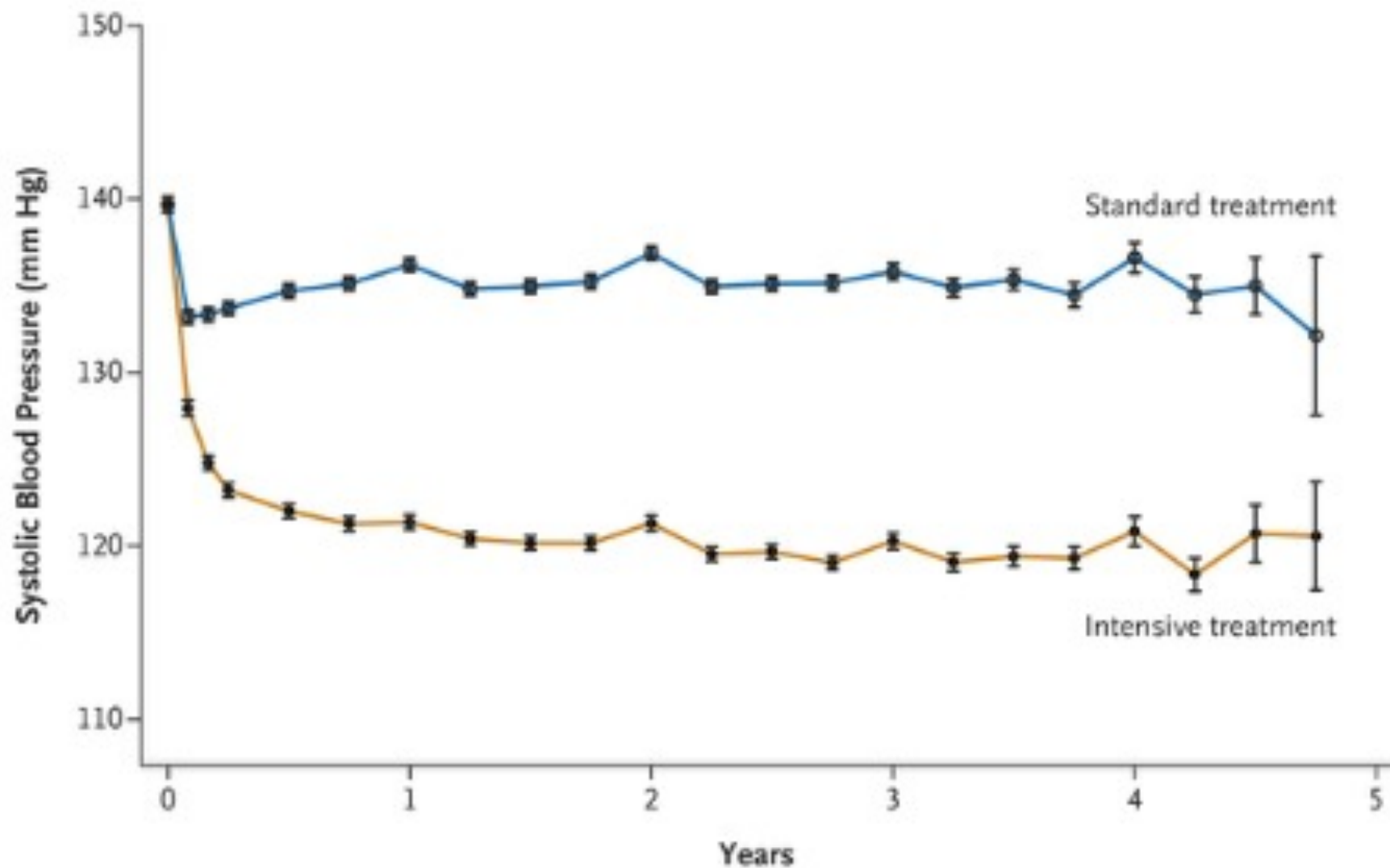
- Cible: < 120 vs < 140 mm Hg
- Population à haut risque CV (diabétiques exclus):
 - MCAS
 - TFGe 20 à 60 mL/min/1,73m² (MDRD) sauf MRPKAD
 - Framingham ≥ 15% à 10 ans
 - ≥ 75 ans



Hypertension artérielle

Cible thérapeutique

SPRINT



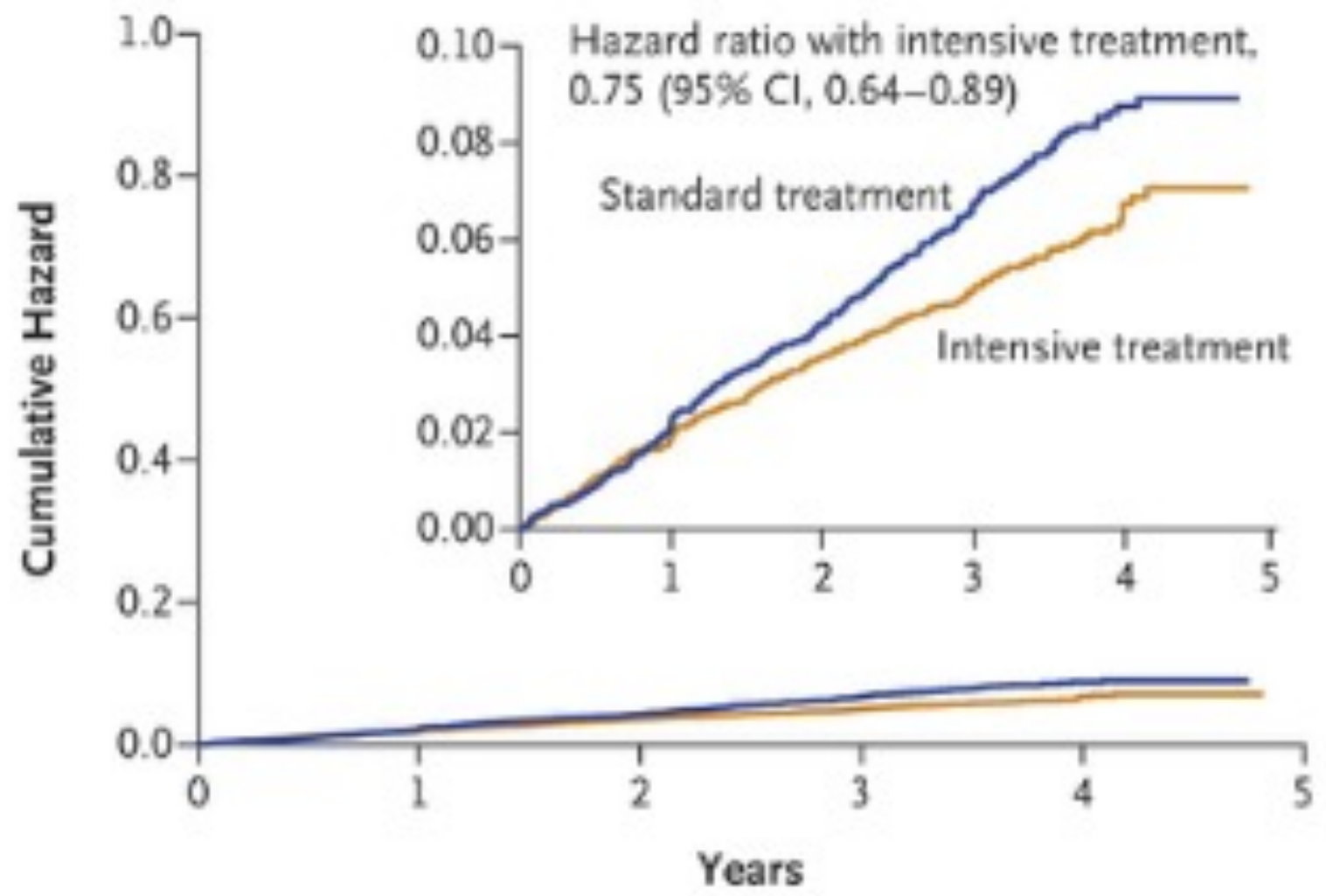


Hypertension artérielle

Cible thérapeutique



A Primary Outcome





Hypertension artérielle

Cible thérapeutique

SPRINT

- ↓ ÉCV majeurs, mortalité toute cause
- Effets indésirables (étude terminée prématurément)
 - ↑ hypoTA/syncope (chutes idem),
 - IRA
 - ↓ Na⁺, ↓ K⁺



Hypertension artérielle

Cible thérapeutique

SPRINT

- Pour les patients à haut risque, ≥ 50 ans, avec TA ≥ 130 mm Hg, envisager un traitement visant une TA systolique ≤ 120 mm Hg
- *“Patient selection for intensive management is recommended and caution should be taken in certain high-risk groups.”*



En résumé

- ↑ prévalence au Canada
- Maîtrise tardive ↑ risque d'événement CV
 - Inertie clinique
 - Inobservance
- Le traitement par combinaison à doses fixes accélère la maîtrise de l'HTA



♂ 54 ans

TA domicile moyenne
165/105 mm Hg.



Your poll will show here

- 1
Install the app from pollev.com/app
- 2
Make sure you are in Slide Show mode

Still not working? Get help at pollev.com/app/help
or
[Open poll in your web browser](#)



AMCU de 2 anti-hypertenseurs à dose sous-thérapeutique

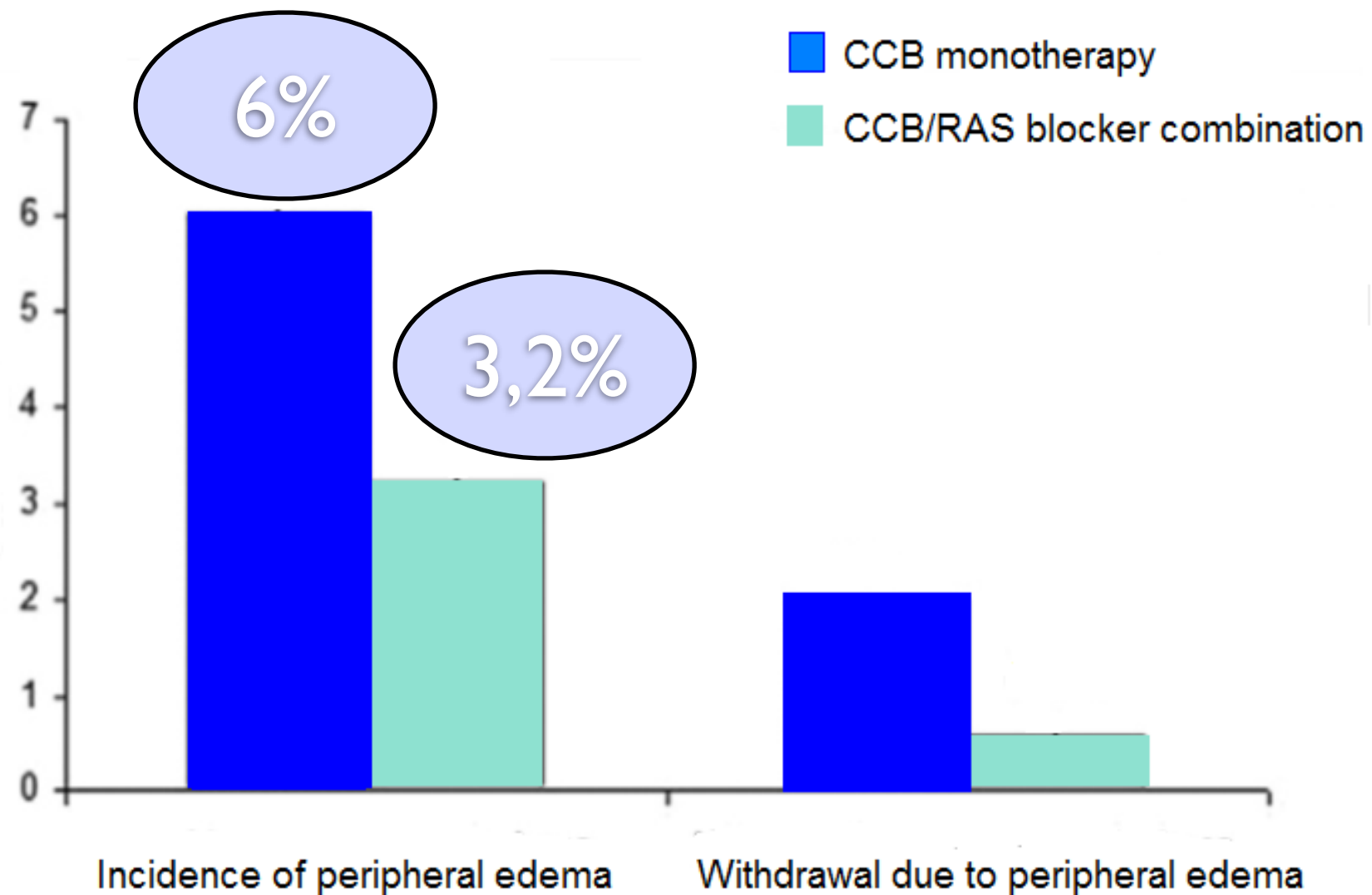
- AMCU vs 2 anti-hypertenseurs pris individuellement
 - ↑ observance → ↑ maîtrise HTA
- Traitement d'association à faible dose
 - > monothérapie à pleine dose
 - ↓ effets indésirables (~ placebo)
 - Combinaisons intelligentes
 - IECA/ARA - Thiazidique: ↓ hypokaliémie → ↓ résistance à l'insuline
 - IECA/ARA - BCC: ↓ OMI



Gestion

Pharmacologique

- Combinaison IECA/ARA - BCC: ↓ OMI



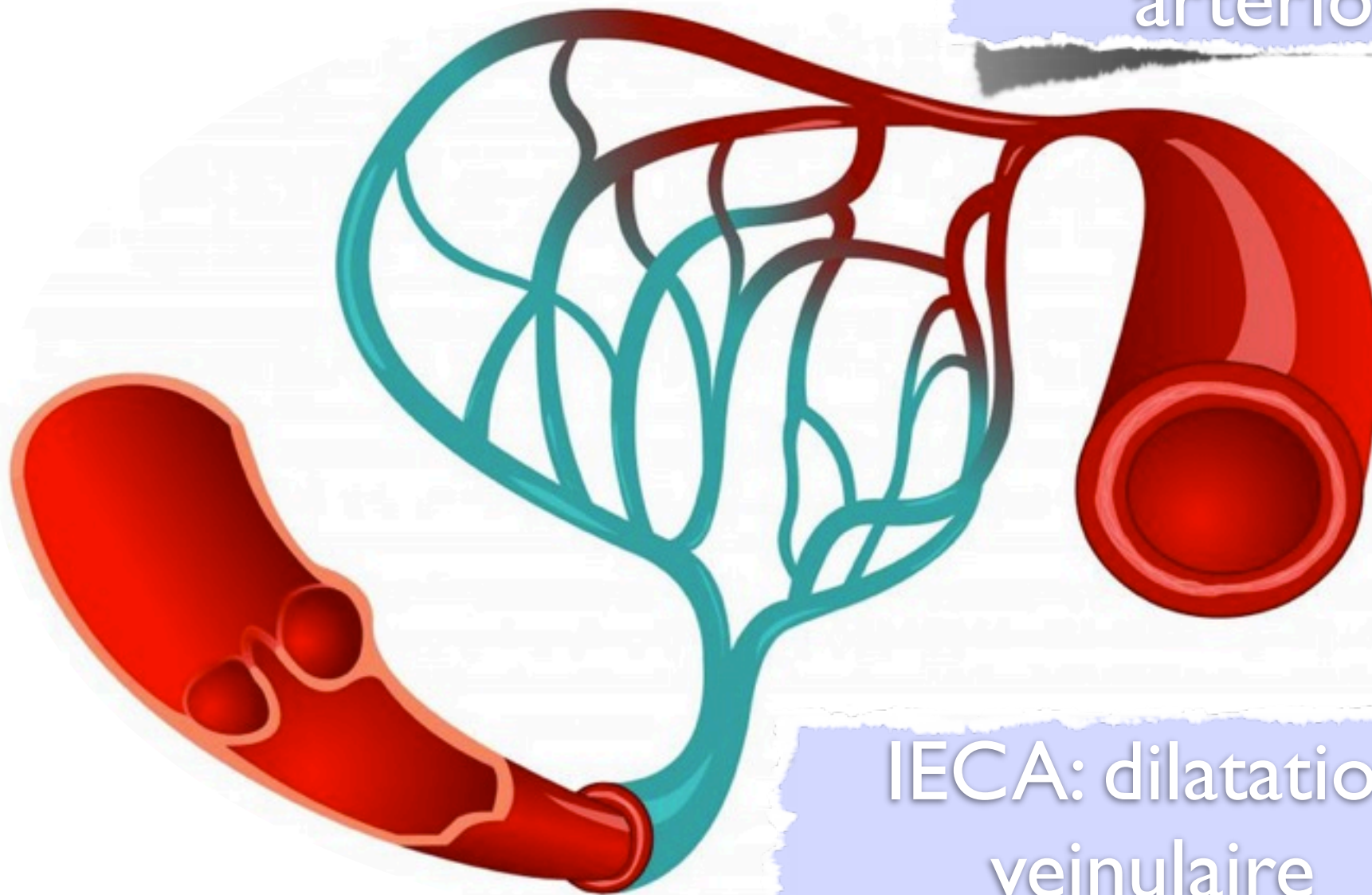


Gestion

Pharmacologique

- Pathophysiologie

BCC: dilatation
artériolaire

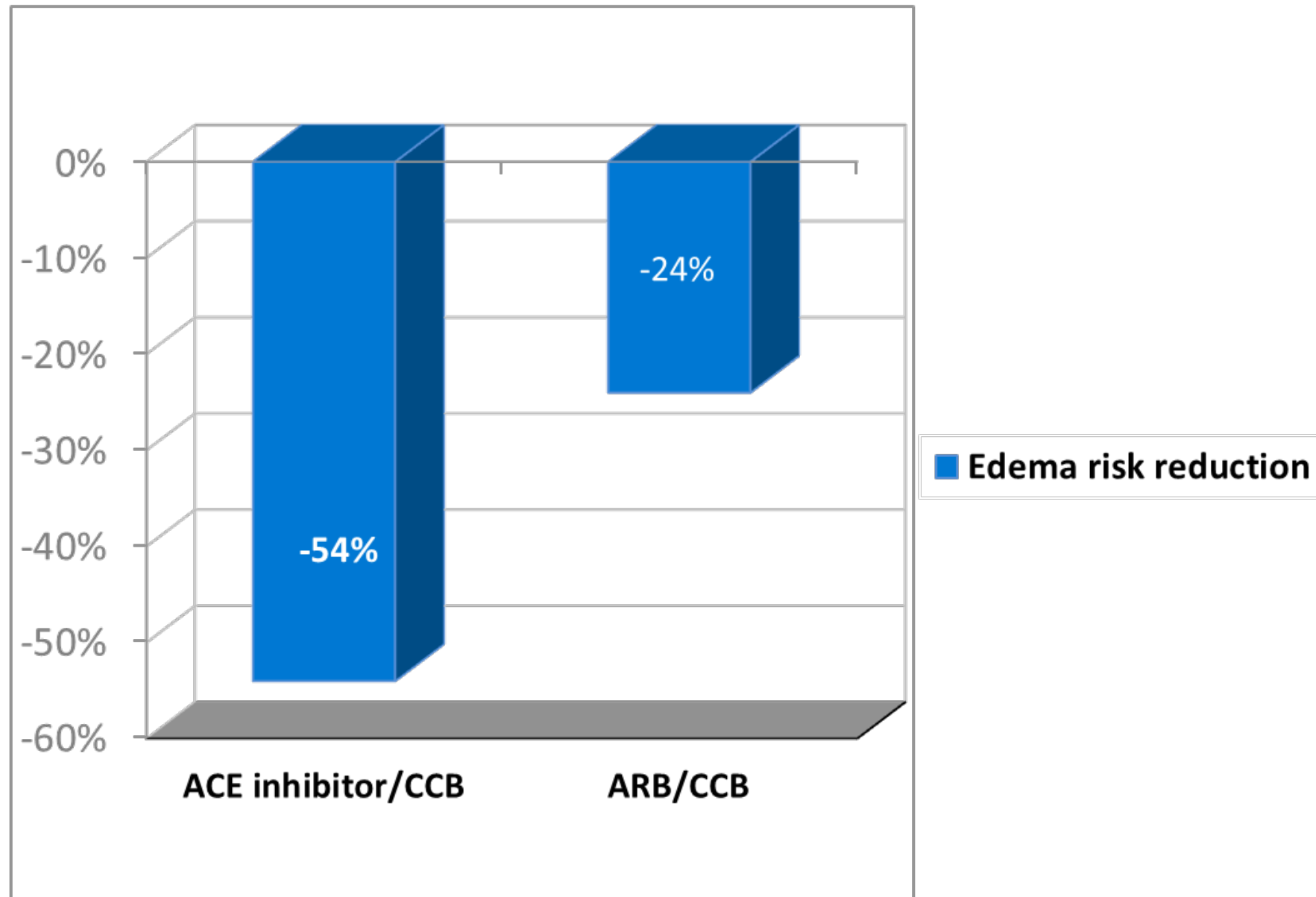


IECA: dilatation
veinulaire



Gestion Pharmacologique

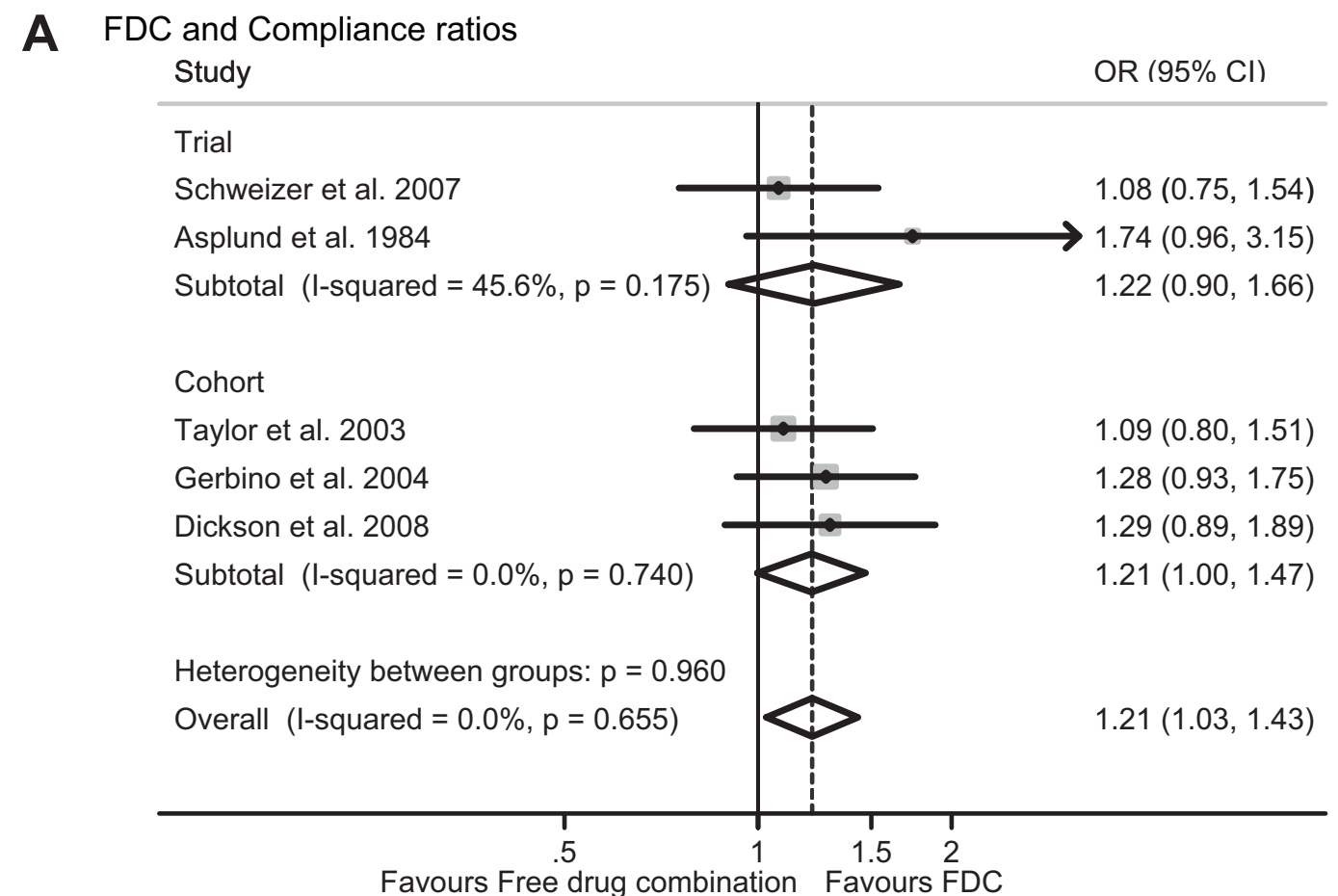
- Pathophysiologie





AMCU de 2 anti-hypertenseurs à dose sous-thérapeutique

- Utiliser les combinaisons à dose fixe
- Comprimés combinant plusieurs agents - ↑ 55% chance d'être contrôlé
 - ↑ compliance
 - ↓ TA?
 - ∅ significatif





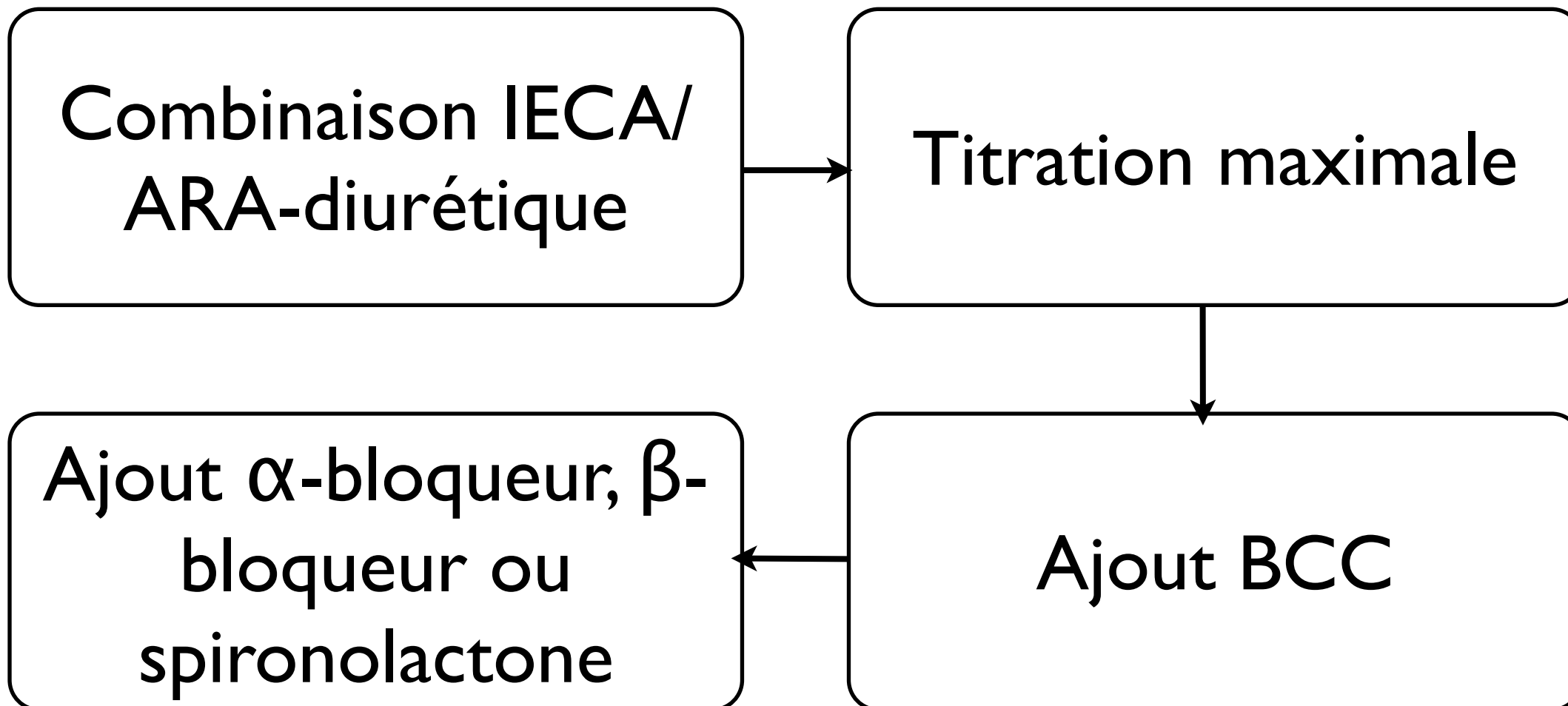
AMCU de 2 anti-hypertenseurs à dose sous-thérapeutique

- Simplified Approach to the Treatment of Uncomplicated Hypertension
- 45 cliniques de médecine familiale ontariennes
- PECH vs algorithm



AMCU de 2 anti-hypertenseurs à dose sous-thérapeutique

- Simplified Approach to the Treatment of Uncomplicated Hypertension





AMCU de 2 anti-hypertenseurs à dose sous-thérapeutique

- Simplified Approach to the Treatment of Uncomplicated Hypertension
- vs PECH 2008 à 6 mois

	STITCH	PECH
Molécules	2,3	1,9
Combinaison	85%	15%
TA	65%	53%
↓ TA	5,5 / 2,2	



AMCU de 2 anti-hypertenseurs à dose sous-thérapeutique

- Simplified Approach to the Treatment of Uncomplicated Hypertension
- vs PECH 2008 à 6 mois: explications
 - ↓ inertie clinique?
 - ↑ observance
 - Effet synergique?
 - À 48 mois?



♀ 60 ans

HTA de novo.

Moyenne à domicile 150/95.



Your poll will show here

1

Install the app from
pollev.com/app

2

Make sure you are in
Slide Show mode

Still not working? Get help at pollev.com/app/help
or

[Open poll in your web browser](#)



AMCU de 2 anti-hypertenseurs à dose sous-thérapeutique

- Désavantages
 - ↓ flexibilité des doses
 - ↓ flexibilité du choix d'anti-hypertenseur
 - 81% contiennent un thiazidique
 - 67% HCTZ (22)
 - 1 indapamide, 2 chlorthalidone
 - 55% comprennent un IECA/ARA



AMCU de 2 anti-hypertenseurs à dose sous-thérapeutique

	Diurétique	Autre
Tenoretic	Chlorthalidone	Atenolol
Combipres	Chlorthalidone	Clonidine
Coversyl Plus	Indapamide	Perindopril



AMCU de 2 anti-hypertenseurs à dose sous-thérapeutique

	BCC	Autre
Viacoram	Amlodipine	Perindopril
Twinsta	Amlodipine	Telmisartan
Lotrel	Amlodipine	Benazepril
Lexxel	Felodipine	Enalapril
Tarka	Verapamil	Trandolapril
Teczem	Diltiazem	Enalapril



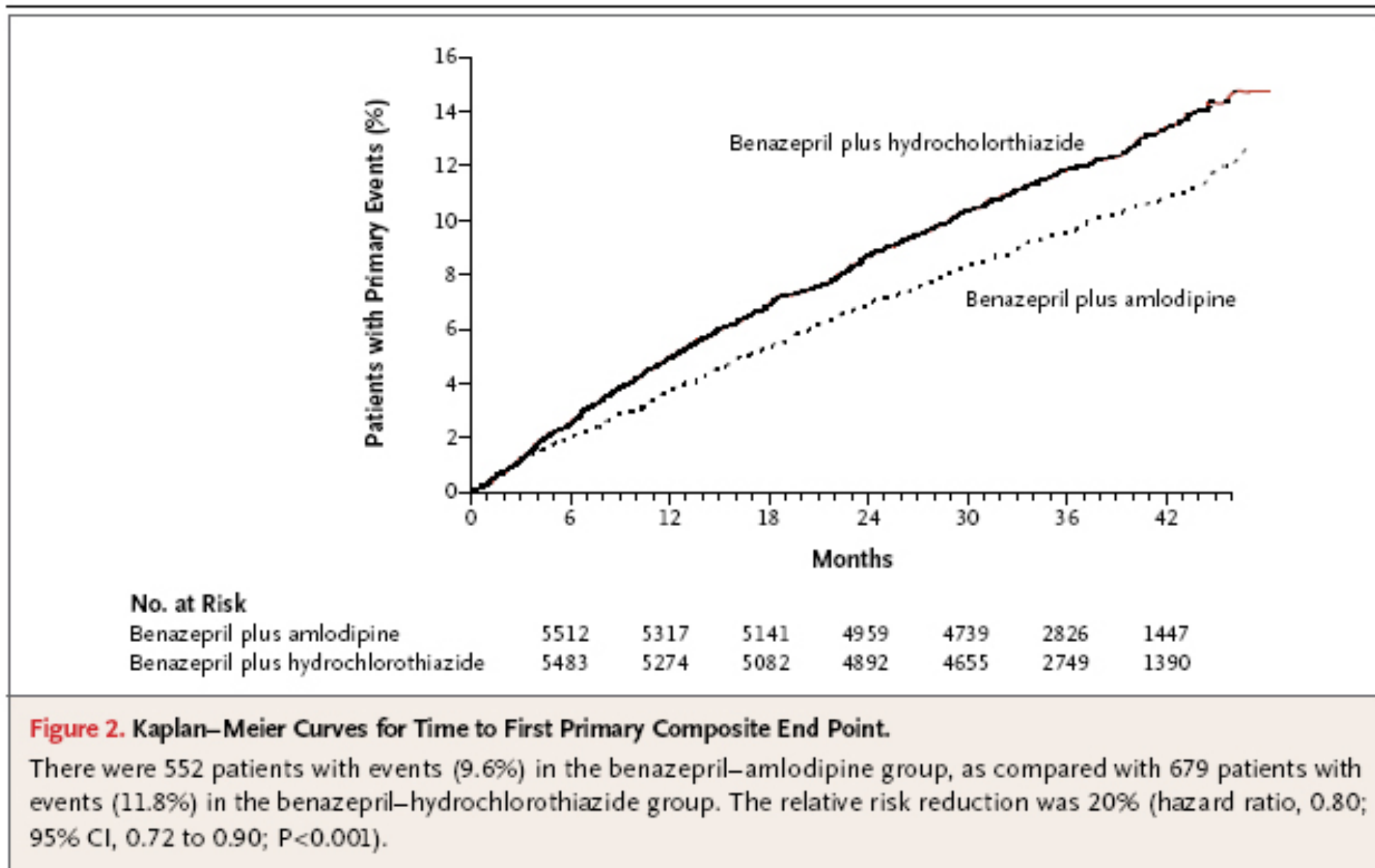
AMCU de 2 anti-hypertenseurs à dose sous-thérapeutique

- Recommandation du PECH
- Si un traitement d'association à base d'un IECA est envisagé, un BCC DH > thiazidique
- Recommandation du NICE
- Le traitement d'association privilégié inclus un BCC avec un IECA/ARA



AMCU de 2 anti-hypertenseurs à dose sous-thérapeutique

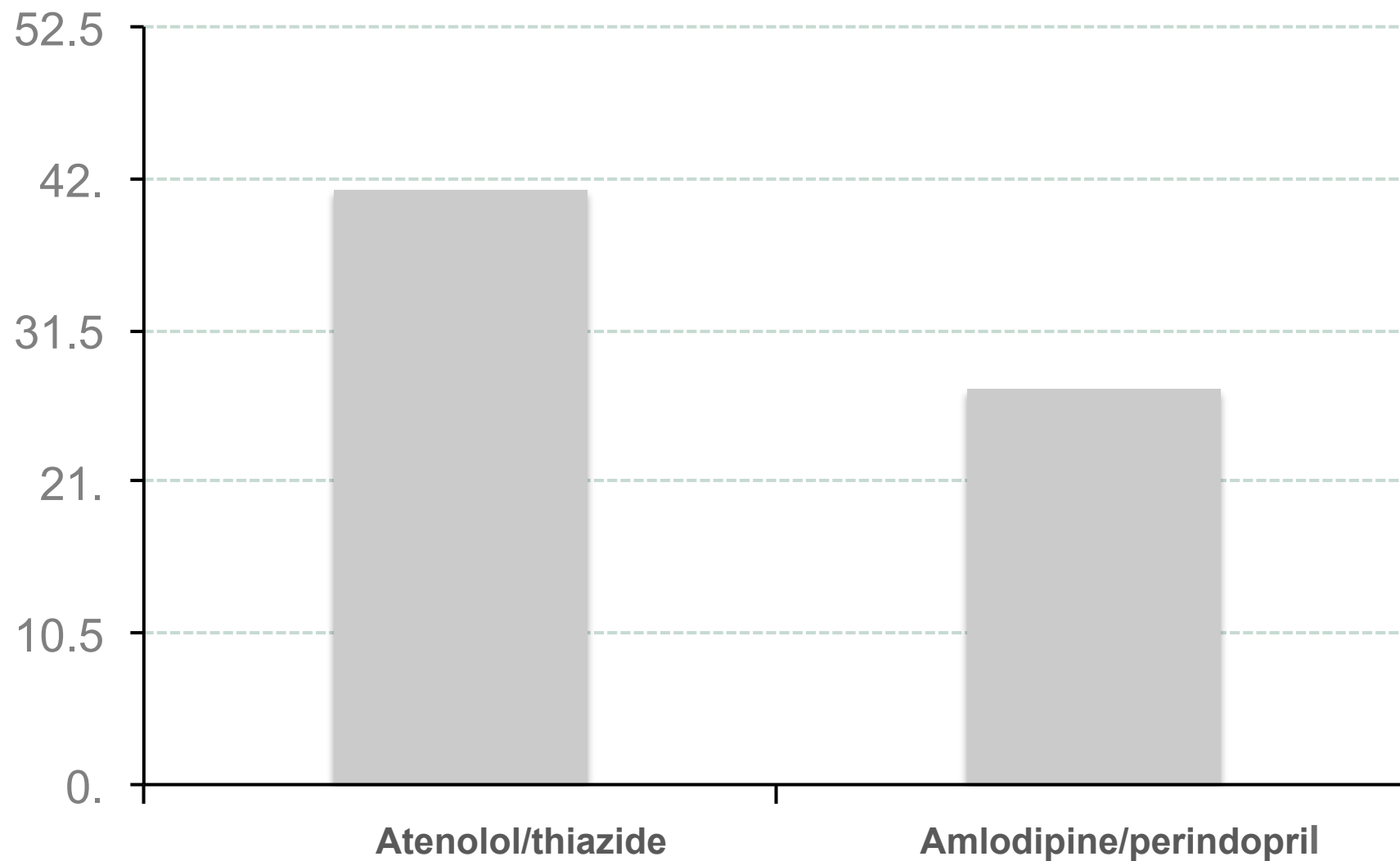
- Étude ACCOMPLISH





AMCU de 2 anti-hypertenseurs à dose sous-thérapeutique

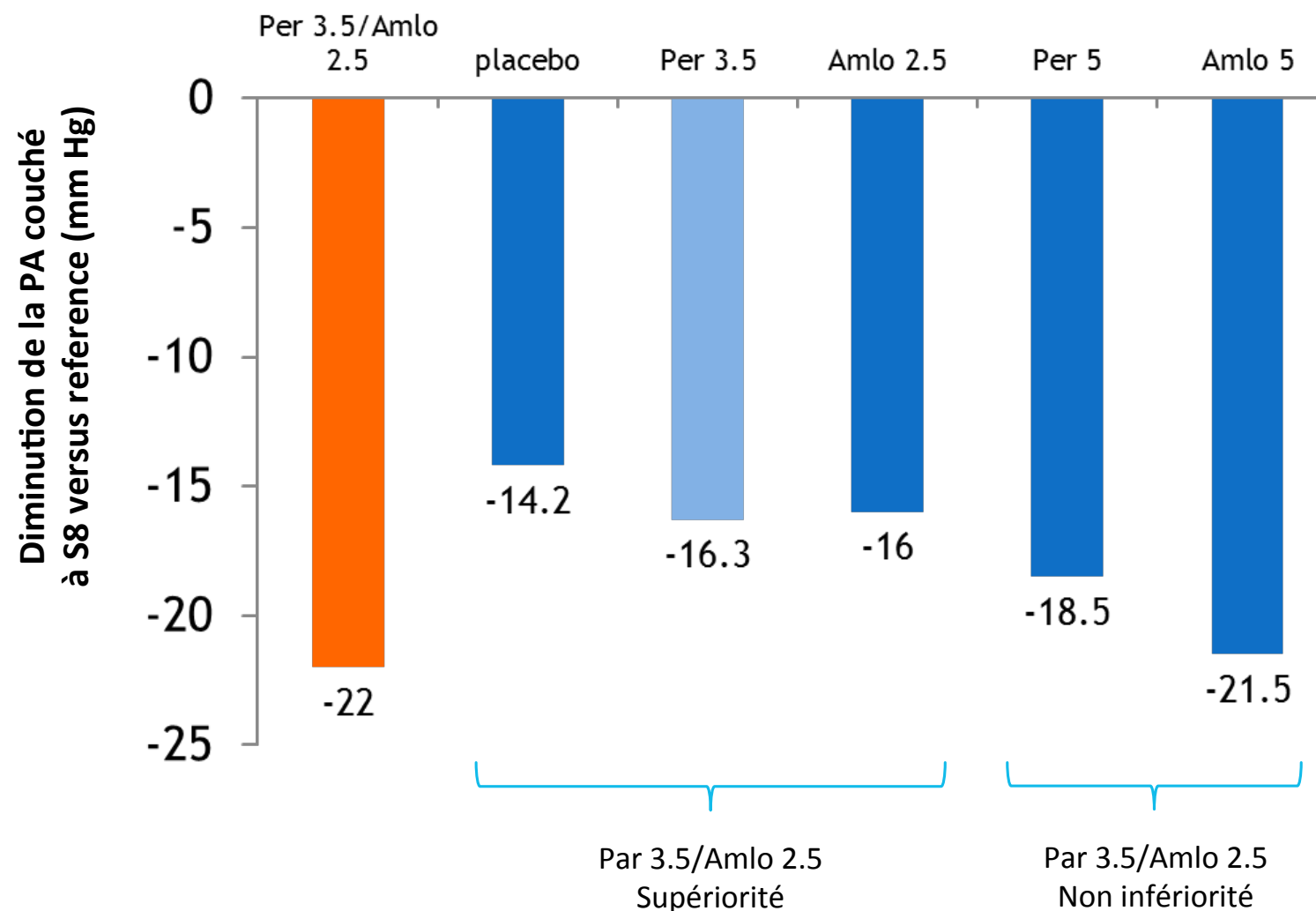
- Étude ASCOT





AMCU de 2 anti-hypertenseurs à dose sous-thérapeutique

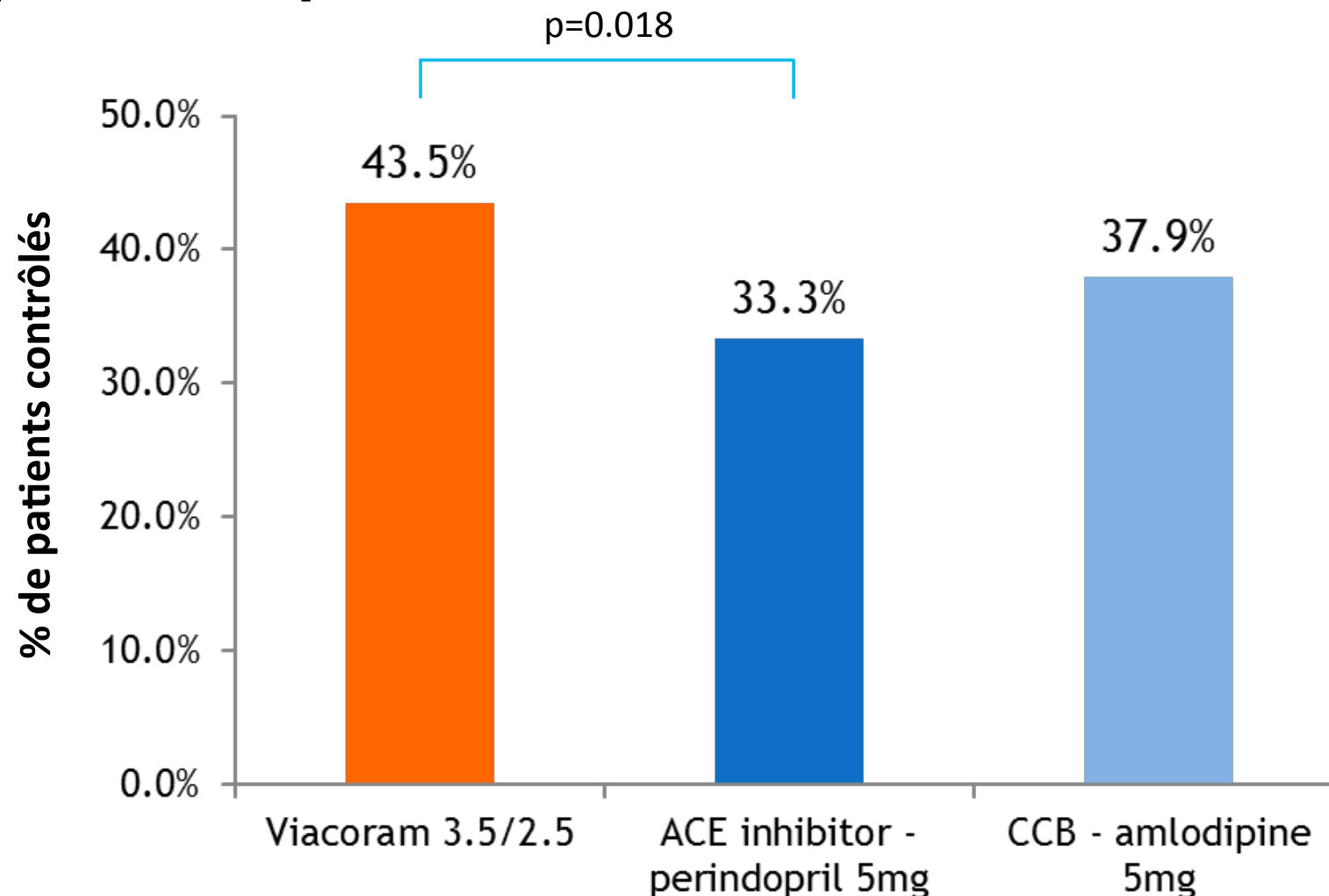
- En lère ligne
- Perindopril 3,5 - Amlodipine 2,5 mg =
Amlodipine 5 mg





AMCU de 2 anti-hypertenseurs à dose sous-thérapeutique

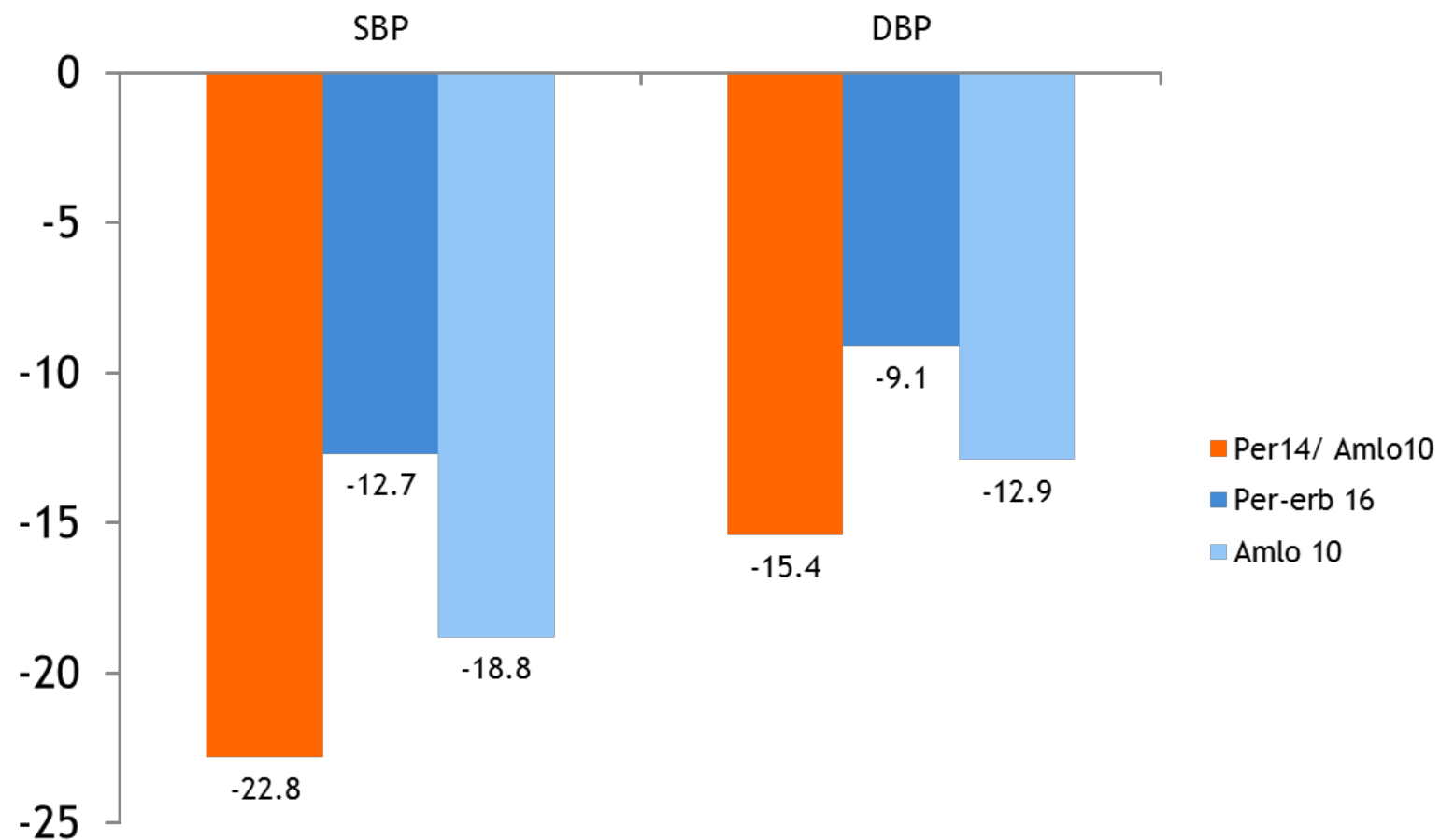
- En 1ère ligne
- Perindopril 3,5 - Amlodipine 2,5 mg = plus de patients contrôlés





AMCU de 2 anti-hypertenseurs à dose sous-thérapeutique

- En 1ère ligne
- Plus d'effet anti-hypertenseur



**p<0,0001, * p<0,0005, # p=0,0017



AMCU de 2 anti-hypertenseurs à dose sous-thérapeutique

- Profil d'effets secondaires

	Viacoram 14/10	Amlodipine 10	Perindopril 16
Événement indésirable	30,8 %	38,6 %	27,7 %
Arrêt du tx	3,6 %	4,6 %	4,0 %
OMI	7,2 %	12,5 %	0,4 %
Céphalée	2,5 %	2,9 %	2,9 %
↑ K+	-	-	0,4 %
Toux	3,2 %	0,7 %	2,9 %
↓ TA	1,1 %	-	0,7 %
HTO	-	-	0,4 %



En résumé

- Les combinaisons à dose fixe permettent d'améliorer le contrôle tensionnel
 - ↑ observance
 - ↑ rapidité du contrôle
 - ↓ effets secondaires
- Titration rapide selon un nouvel algorithme



Ressources



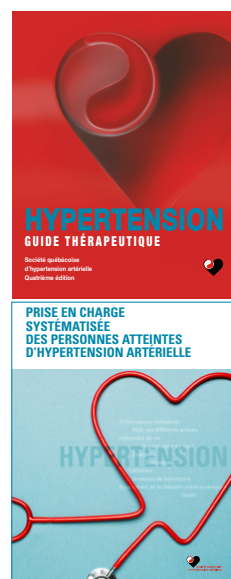
La Société québécoise
D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

hypertension.qc.ca



Hypertension
CANADA

hypertension.ca



Guide thérapeutique
SQHA

Prise en charge
systématisée de l'HTA

Lignes directrices
canadiennes

Resources

